

施術承諾書

小木曾クリニック 殿

私は下記の施術を受けるに当たり、施術前カウンセリングを受けてその施術内容及びリスクを十分に理解しました。また、以下の注意事項に関しても全て納得し承諾した上で施術を受けることに同意致します。

施術名

注意事項

1. 施術には当院の医師はじめスタッフ一同万全を期して行っていますが、どのような施術にも限界があり患者様の主観的なご要望に全てお応え出来ない場合があります。また結果に対する絶対的な保証は致しかねます。
2. 施術後の経過や結果には個人差が大きく、術後の痛みや腫れの程度は患者様個人の体質や素因によっても大きく異なることがあります。
3. 施術後の経過や結果には予想出来ない場合が生じることも考えられますが、その際には状態を診ながら最善の処置を致します。また患者様が満足出来る結果を得るために再施術が必要になる場合もあります。それらの処置及び再施術には別途費用が必要になります。
4. 施術中の予期せぬ事態に対しては最善の処置を致します。その際には、緊急輸血や救急搬送が必要な場合もあり得ます。
5. 施術後の検診や管理につきましては、必ず当院からの指示をお守り下さい。
6. 当院で受けられた施術後の処置や再施術などを他院にて受けられる場合には、特別な場合を除き費用は患者様負担となります。またその結果に対する責任は当院では負いかねますのでご了承下さい。
7. 施術費用の返金は、いかなる場合もお引き受け致しかねます。
8. 施術前施術後の写真や施術記録を患者様の本人特定が出来ないようにして、学会はじめ宣伝広告などに使用させて頂く場合がありますのでご了承下さい。

年 月 日

氏名 _____ ⑩

住所 _____

TEL _____

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才

保護者氏名 _____ ⑩ 続柄 _____ 年齢 _____ 才

TEL _____

(未成年者の場合は保護者が必ず署名・捺印して下さい)